4

NOTICE

SUR

LES TITRES, LES SERVICES

ET

LES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU DOCTEUR

V. A. L. LEGOUEST

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

NOTICE

SUR

LES TITRES, LES SERVICES

ET

LES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU DOCTEUR

V. A. L. LEGOUEST

I

Titres.

Médecin principal (de 2e classe) de l'armée, 1862.

Professeur de clinique chirurgicale à l'École impériale d'application de la médecine et de la pharmacie militaires au Val-de-Grâce ; a succédé directement dans cette chaire à M. le baron H. Larrey, depuis 1858.

Professeur agrégé de chirurgie et d'anatomie à la même École ; nommé au concours, 1853.

Médecin adjoint des hôpitaux militaires ; nommé au concours, 1851.

Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, 1855.

Membre titulaire de la même Société, 1858.

Chevalier de la Légion d'honneur par ordre du jour spécial du général en chef de l'armée d'Orient, « pour avoir accompli avec un zèle

» et un dévouement au-dessus de tout éloge, sa tâche pénible et diffi-
» cile dans les hôpitaux de Constantinople. » (*Moniteur universel*, 16 mars 1855.)

Officier de la Légion d'honneur, à l'armée d'Italie, 15 juillet 1859.

Officier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare.

Décoré de l'ordre impérial du Medjidié (5e classe).

II

Services militaires.

Chirurgien aux ambulances de l'Algérie, 1839-1842.

Chef de l'ambulance active de la subdivision d'Alger (*Milianah*), 1845-1848.

Chirurgien attaché à l'armée d'observation sur le Rhin, 1848.

Médecin-major aux ambulances et hôpitaux de l'armée d'Orient, 1854-1855.

En mission en Algérie, attaché à M. l'inspecteur général Bégin dans l'inspection médicale des provinces d'Alger et de Constantine, mai à septembre 1857.

Médecin en chef du 5e corps de l'armée d'Italie, 1859.

III

Enseignement.

Cours de médecine opératoire et appareils à l'École impériale du Val-de-Grâce, année 1856; suppléant M. le professeur Lustreman.

Enseignement de la clinique chirurgicale à l'École impériale du Val-de-Grâce, depuis 1858.

Cours sur les blessures par armes de guerre, à l'École impériale du Val-de-Grâce, depuis 1858.

IV

Publications.

1. *De la pneumonie traumatique* (thèse pour le doctorat, Paris, 1845).

Cette thèse renferme un certain nombre d'observations de plaies du poumon par coups de feu ; ces observations et des recherches expérimentales ont servi à l'auteur pour tracer l'histoire de la pneumonie traumatique et de la cicatrisation du poumon. Elle a été mise à profit par les auteurs du *Compendium de médecine* (article PNEUMONIE, t. VII, p. 68).

2. *Observation d'épanchement purulent de la plèvre; opération de l'empyème; injection iodée. Guérison.* (*Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 2e série, t. VI, p. 13, et Massiani, thèse pour le doctorat. Strasbourg, 1851.)

L'auteur est le premier chirurgien qui ait fait une injection iodée dans la cavité pleurale. Cette opération date de 1845 ; la seconde a été faite par Boudant (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 303) en 1846 ; depuis elle a été répétée un grand nombre de fois. Chose remarquable, la première tentative de l'emploi thérapeutique de l'iode en injection dans la plèvre, a été suivie de succès.

3. *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée*, 1855 (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. V, p. 157).

Ce mémoire dont l'occasion a été une désarticulation de la banche pratiquée par l'auteur à l'armée d'Orient sur un prisonnier russe qui succomba accidentellement trois mois après l'opération, établit que l'amputation de la cuisse dans l'article ne doit jamais être faite primitivement. Un relevé de nombreuses observations démontre que la désar-

ticulation primitive a *toujours* été suivie de mort, et que l'opération d'autant plus de chances de réussir qu'elle s'éloigne davantage du moment de la blessure. Cette opinion, entrevue par quelques chirurgiens, a été explicitement formulée par l'auteur, et renverse en ce qui touche la désarticulation de la cuisse, le précepte généralement admis par les autorités chirurgicales les plus imposantes, de pratiquer toujours des amputations primitives. La résection est préférée à l'amputation et les indications en sont formulées.

4. *Mémoire sur les congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de* 1854-55 (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. XVIII, p. 270 et 335).

Les congélations sont divisées en cinq degrés, dont l'auteur fait ressortir la différence avec les degrés de la brûlure qui leur ont été comparés par les chirurgiens. Une forme particulière de l'engelure, la forme chronique, est décrite avec soin et pour la première fois. Les indications et les contre-indications des amputations dans les cas de congélation sont discutées ; l'auteur pense que, dans la grande majorité des cas, il vaut mieux amputer en temps opportun que d'attendre l'élimination spontanée des parties frappées de mort.

5. Note adressée à l'Académie de médecine sur une *luxation du poignet*, avec un moule en plâtre représentant la luxation, 1855 (rapporteur M. Malgaigne).

6. *Mémoire sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe*, lu à l'Académie de médecine, séance du 5 août 1856 (Commissaires : MM. Bégin, Robert et Velpeau). (*Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 2e série, t. XVII, p. 316).

Après avoir donné l'anatomie chirurgicale et la physiologie normale du pied, l'auteur parcourt et apprécie la série d'opérations qui peuvent

être pratiquées sur le pied et la partie inférieure de la jambe. Il a tiré de son travail les conclusions suivantes :

A. En ce qui concerne les opérations partielles du pied faites en avant de l'articulation tibio-tarsienne.

1° Les opérations parallèles à l'axe du pied, et intéressant son bord interne, ont pour résultat de renverser le pied en dedans, c'est-à-dire d'abaisser son bord interne et d'élever l'externe, en même temps que la pointe du pied est déviée en dehors; les opérés, bien que marchant la face interne de la jambe tournée en avant, se servent facilement et utilement de leurs membres.

2° Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord externe, ont aussi le même résultat : plus on a enlevé de métatarsiens dans les deux cas, plus la rotation est sensible.

3° Toutes les opérations perpendiculaires à l'axe du pied, qui portent à égale hauteur sur ses bords, le mettent dans des conditions moins favorables à la station et à la marche que celles qui laissent au bord interne plus de longueur qu'au bord externe. Le chirurgien doit toujours chercher à atteindre ce but.

4° Les opérations perpendiculaires à l'axe du pied l'abaissent en avant et l'inclinent en dedans, d'autant plus qu'elles sont faites plus haut.

5° L'amputation des métatarsiens dans la continuité donne lieu à cette déviation à un degré d'autant plus grand que la section des os se rapproche davantage de leur extrémité tarsienne, et le summum de cette déviation a lieu dans la désarticulation de la tête du premier métatarsien en sciant les autres à la même hauteur. Afin de rendre ces inconvénients moins sensibles, il faut préférer à ces procédés la section des os du métatarse selon la ligne courbe que représentent leurs têtes phalangiennes.

6° La désarticulation tarso-métatarsienne constitue une excellente

opération ; elle conserve plus de longueur au bord interne qu'au bord externe, malgré la perte plus considérable qu'elle fait éprouver au pied, et vaut mieux que l'opération mixte précédente.

7° L'ablation des trois cunéiformes, en respectant le cuboïde, doit être absolument rejetée.

8° L'opération qui consiste à enlever les trois cunéiformes en sciant le cuboïde par le milieu est au tarse l'analogue de l'opération mixte sur le métatarse : faite plus haut, elle présente des inconvénients plus grands. Elle ne doit pas être conservée.

9° La désarticulation des trois cunéiformes et du cuboïde, quoique plus reculée que les deux précédentes, leur est préférable, en ce qu'elle met le moignon dans des conditions analogues à celles que lui ferait l'opération tarso-métatarsienne si elle n'était faite à une si grande hauteur.

10° L'amputation de Chopart est, de toutes les amputations partielles du pied, celle dont la valeur a été le plus discutée : elle ne réussit que dans de certaines conditions impossibles à prévoir, difficiles à obtenir, et peut-être encore mal déterminées. Malgré quelques exemples heureux de résultats définitifs avantageux, l'expérience semble lui être aussi défavorable que la théorie, et nous engage à la rejeter de la pratique.

11° Dans toutes les désarticulations partielles du pied, le grand nombre d'articulations ouvertes paraît constituer un double danger : celui de compromettre la solidité des parties conservées par la section des ligaments qui relient entre eux la plupart des éléments de la voûte plantaire, ou par celle des tendons ou des expansions tendineuses qui s'y implantent ; et celui qui résulte de l'inflammation de surfaces articulaires considérables. En général, cependant, les résultats immédiats de ces opérations sont rarement funestes, et l'inflammation des surfaces articulaires, en les soudant entre elles, écarte les inconvénients qui pourraient résulter de leur désunion.

B. En ce qui concerne les opérations pratiquées au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne ou dans cette articulation :

1° L'amputation sous-astragalienne ne présente pas théoriquement les conditions d'une bonne opération et ne restera probablement pas dans le domaine de la médecine opératoire.

2° La résection tibio-calcanéenne (opération de M. Pirogoff) ne compte pas encore de résultats assez nombreux pour pouvoir être appréciée définitivement.

3° Les inconvénients de ces deux opérations ne sont contre-balancés que par la conservation d'un peu plus de longueur du membre ; cet avantage est insignifiant toutes les fois que la flexion de la jambe sur la cuisse est conservée et que l'extrémité du moignon peut supporter le poids du corps.

4° L'amputation tibio-tarsienne, avec résection des malléoles, est préférable aux deux opérations précédentes et mérite d'être conservée.

5° Elle est avantageusement remplacée par l'amputation intra-malléolaire, qui doit être substituée, toutes les fois que la disposition des parties le comporte, à l'amputation sus-malléolaire.

6° L'amputation double de la jambe au-dessus des malléoles doit être rejetée.

7° L'amputation sus-malléolaire simple est une opération qui ne peut être généralisée.

7. *Des kystes synoviaux de la main et du poignet,* thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine. Paris, 1857.

Cette thèse renferme le premier essai de diagnostic différentiel de cette affection. Elle a été utilisée dans les *Éléments de pathologie chirurgicale* de M. Nélaton, t. V, p. 889 et suiv.

8. *Note sur le traitement des uréthrites par les injections de chlorure de zinc en solution.* (*Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 46.)

Extraite d'un rapport adressé au conseil de santé des armées, cette note conclut à l'efficacité et à l'innocuité en général des injections de chlorure de zinc en solution au millième. Ce moyen de traitement ne guérit ni mieux ni plus vite les uréthrites simples et les uréthrites aiguës que les moyens ordinairement employés ; il est doué d'une efficacité remarquable dans les cas d'uréthrites chroniques très anciennes, connues sous le nom de *goutte militaire.* Sa simplicité et la modicité de son prix le recommandent aux chirurgiens des corps de troupes, chargés de traiter les uréthrites dans les infirmeries régimentaires.

9. Rédaction du *Bulletin de la Société de chirurgie* pendant l'année 1860.

10. *Observation de fracture indirecte et isolée de la dernière fausse côte* (*Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 65).

L'auteur appelle l'attention sur les effets nuisibles du bandage de corps dans les fractures des côtes libres. Le bandage de corps, en limitant l'ampliation du thorax, oblige les blessés à respirer par le diaphragme dont les contractions déterminent des douleurs vives, lorsque les dernières fausses côtes auxquelles il s'attache sont fracturées.

11. *Notice sur M. l'inspecteur Bégin* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859, p. 255).

12. *Note sur l'extirpation d'une tumeur adipo-veineuse située à la partie supérieure du mollet, au-dessous des muscles jumeaux* (*Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 424).

13. *La chirurgie militaire contemporaine* (in *Archives générales de médecine*, 1859, t. XII, p. 78, 201 et 462).

Sous le titre de *Revue critique*, l'auteur a donné un long mémoire

dans lequel il examine les opinions de la chirurgie militaire en Europe, au point de vue des progrès qu'a faits depuis un demi-siècle cette branche de l'art de guérir qui s'exerce en campagne et sur les champs de bataille.

Il a traité successivement : 1° des effets des nouveaux projectiles comparés aux effets des projectiles anciens ; 2° de la commotion et de la stupeur ; 3° du débridement préventif dans les plaies par armes à feu ; 4° des fractures par coups de feu ; 5° des amputations ; 6° du parallèle des fractures de la cuisse par coups de feu traitées par la conservation du membre, et des fractures traitées par l'amputation ; 7° des résections ; 8° des indications du trépan ; 9° des pansements topiques des plaies par armes à feu ; 10° des hémorrhagies à la suite des coups de feu ; 11° des congélations ; 12° de la pourriture d'hôpital.

L'étendue de ce travail ne permet pas d'en donner une analyse détaillée. Les faits les plus saillants qu'il renferme ont trait à l'utilité du débridement, à la fréquence et au traitement des hémorrhagies consécutives, aux résultats du traitement des fractures de la cuisse par l'amputation ou la non-amputation, résultats qui démontrent qu'à l'armée d'Orient le rapport des succès de la non-amputation à ceux de l'amputation a été dans la proportion de 5 à 1.

La plupart des idées que renferme cette revue critique sont exposées *in extenso* dans un *Traité de chirurgie d'armée* du même auteur.

14. *Mémoire sur les fractures du calcanéum par écrasement* (in *Archives générales de médecine*, 1860, t. XVI, p. 148, avec figures).

M. Malgaigne avait fait connaître les fractures du calcanéum par écrasement à la suite de chutes d'un lieu élevé sur les pieds ; l'auteur appelle l'attention sur un autre mécanisme de la production de cette fracture, la flexion forcée du pied sur la jambe ; il rapporte une observation à l'appui de cette opinion.

15. *Observation de rupture du muscle droit antérieur de l'abdomen du côté gauche* (in *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 301).

L'auteur appelle l'attention sur un fait que les chirurgiens n'ont pas signalé en pareil cas, l'épanchement considérable du sang auquel peut donner lieu la déchirure de petits rameaux artériels émanant de l'artère épigastrique.

16. *Observation de symblépharon accidentel; opérations multiples; récidive* (in *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 377).

L'opération pratiquée par l'auteur, après plusieurs autres opérations faites sur le même sujet par un certain nombre de chirurgiens, a consisté dans la dissection de la bride cicatricielle qui, renversée en dedans, et maintenue par des points de suture traversant la paupière inférieure dans toute son épaisseur, a servi à former de toutes pièces le cul-de-sac oculo-palpébral.

17. *Lettre à l'Académie impériale de médecine*, 1er mai 1860.

S'appuyant sur les résultats des amputations pratiquées à l'armée d'Orient, aussi bien que sur les observations de nos devanciers, l'auteur combat l'opinion de M. Jules Roux (de Toulon) qui considère l'ostéomyélite comme inévitable dans les fractures par coups de feu, et pose le précepte de pratiquer toujours l'amputation dans l'articulation située au-dessus de la lésion. Tout en reconnaissant que la manière de voir de M. Jules Roux est souvent l'expression de la vérité, il la considère néanmoins comme beaucoup trop exclusive.

18. *Éloge historique de M. Bégin*, ancien président du conseil de santé des armées, de l'Académie de médecine, etc., lu dans la séance annuelle de la Société de chirurgie, le 9 janvier 1861.

19. Dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855 à 1863, un grand nombre de communications, surtout à l'occasion d'opérations pratiquées dans son serviee au Val-de-Grâce, savoir :

Ostéomyélite des amputés. Difficulté de distinguer cette affection de l'infection purulente, et danger de recourir à une seconde opération dans la continuité pour prévenir les suites fâcheuses de la première. (T. VI, p. 298.)

Opération de résection de la tête de l'humérus. Les fissures peu étendues se prolongeant sur la diaphyse ne contre-indiquent pas l'opération et ne l'empêchent pas de guérir. (T. VI, p. 300.)

L'*amputation coxo-fémorale*, pour laquelle il considère que le meilleur procédé opératoire est celui qui consiste à tailler un lambeau antérieur. (T. VIII, p. 224.)

Corps étrangers des fosses nasales. Extraction d'un fragment de crayon de charpentier, long de 7 centimètres, implanté depuis dix-huit mois dans les fosses nasales où il avait été pris pour un séquestre par plusieurs chirurgiens. (T. VIII, p. 364.)

Variété d'anévrysme traumatique. Deux cas d'anévrysmes traumatiques, siégeant l'un sur la cubitale, l'autre sur la radiale et formés par le bout inférieur du vaisseau, dont le bout supérieur était oblitéré ; tous deux traités par la méthode ancienne. (T. VIII, p. 867.)

Amputations à la suite des congélations. L'auteur soutient les idées qu'il a émises dans le mémoire cité précédemment. (T. VIII, p. 390.)

Ténotomie dans les cas de coxalgie. Opération en général inutile et ne favorisant pas le redressement du membre. (T. IX, p. 73-75.)

Kéloïdes développées sur des cicatrices, à la suite d'un voyage au Sénégal. Les cicatrices antérieures au voyage du malade ne présentent pas de kéloïdes. Ces tumeurs ne doivent pas être opérées. (T. IX, p. 105.)

Réduction d'une luxation spontanée du fémur dans le trou ovale,

datant de sept mois. Ce fait est important, en ce qu'il démontre la possibilité de restituer au membre luxé une conformation qui lui permette de reprendre ses fonctions. (T. IX, p. 226, 227 et 228.)

Fracture du larynx. Canule à trachéotomie qu'il est impossible d'enlever sans que le malade ne soit menacé d'asphyxie. Rétrécissement de toute la partie supérieure de l'appareil laryngo-trachéale. (T. IX, p. 251 et suiv.)

Tumeurs cancéreuses de l'orbite. Ne doivent pas être opérées à moins qu'elles ne soient parfaitement circonscrites. Observations. (T. IX, p. 327.)

Chloroforme. Impossibilité de doser le chloroforme. Le mélange de chloroforme et d'éther est aussi dangereux que le chloroforme pur. Mauvaise préparation du chloroforme avec des alcools de qualité inférieure : accidents consécutifs. Respiration artificielle dans les cas d'asphyxie par le chloroforme. (T. VIII, p. 372 et suiv.)

Ablation d'un polype naso-pharyngien par le procédé de Manne, avec l'excision de la voûte palatine conseillée par M. Nélaton. (T. IX, p. 408.)

Mouvements des balles cylindro-coniques. (T. X, p. 63 et 64.)

Corps étranger dans l'œsophage. — Trachéotomie. — Expulsion du corps étranger immédiatement après une tentative d'extraction. Il faut s'abstenir d'enduire les éponges qui garnissent les baleines dont on se sert pour extraire les corps étrangers d'huile ou de blanc d'œuf : ces liquides permettent aux éponges de glisser sur le corps étranger et doivent être remplacés par de l'eau simple. — Impossibilité d'enlever la canule sans que le malade soit menacé d'asphyxie. (T. X, p. 129 et suiv.)

Canule à trachéotomie, construite de façon à n'être en contact qu'avec la partie antérieure de la trachée. (T. X, p. 155.)

Redressement de la hanche dans les coxalgies, quelquefois praticable sans accidents, alors même qu'il existe des abcès ou des fistules périarticulaires. — Observations. (T. X, p. 204.)

Corps mobiles de l'articulation du genou extraits par la méthode sous-cutanée : le lieu le plus convenable pour l'opération est vers le bord externe et supérieur de la rotule. (T. X, p. 207.)

Polypes naso-pharyngiens. — Réflexions sur le lieu d'implantation de ces polypes. — Les procédés nouveaux ou restaurés d'extraction par la voie palatine ne leur sont pas indistinctement applicables, et les opérations préparatoires qui ne créent pas une large voie exposent à des extirpations incomplètes et à des récidives. (T. Ier, 2e série, p. 12 et suiv.)

Rapport sur les anomalies dentaires. — Accidents développés par la direction vicieuse de la dent de sagesse. (T. Ier, 2e série, p. 60 et suiv.)

Kystes des paupières. — La paupière supérieure est quelquefois perforée et percée à jour pendant leur ablation; ce petit accident est sans inconvénient. (*Observations*, t. Ier, 2e série, p. 88.)

La *hernie du poumon* doit être distinguée de la saillie que forme cet organe lorsqu'une portion du squelette de la poitrine vient à manquer. Les signes fournis par l'auscultation ne sont pas les mêmes. (T. Ier, 2e série, p. 122.)

Les *brides fibreuses* qui se forment après l'ablation d'une partie du maxillaire inférieur ne doivent pas en imposer pour une reproduction osseuse par le périoste. (T. Ier, 2e série, p. 179.)

Paralysie complète de l'avant-bras à la suite d'une saignée de la veine médiane céphalique. (T. Ier, 2e série, p. 183.)

Fracture de la cuisse par coup de feu. — Conservation du membre. (T. Ier, 2e série, p. 326.)

Amputation de Chopart et amputation sous-astragalienne. — Après l'amputation de Chopart, on n'est jamais sûr des résultats qui seront obtenus, quel que soit le procédé employé; la section du tendon d'Achille ne prévient pas le renversement du pied. Les résultats de l'amputation sous-astragalienne, consignés dans les statistiques, n'éta-

blissent pas péremptoirement la supériorité de cette opération sur l'amputation de Chopart. (T. Ier, 2e série, p. 381 et suiv.)

Blessures des artères. — La compression à distance peut amener la guérison sans anévrysme. Compression de la crurale pour une hernie de l'artère poplitée donnant lieu à des hémorrhagies consécutives. Guérison. (T. Ier, 2e série, p. 480.)

Anévrysme artérioso-veineux de l'axillaire, consécutif à un coup de feu. — Le chirurgien doit s'abstenir de toute opération. (T. II, 2e série, p. 94.)

Ulcération de l'artère vertébrale dans son trajet rachidien. — Difficulté de diagnostiquer la source de l'hémorrhagie par la compression, lorsque les apophyses transverses des vertèbres sont détruites par la carie. (T. II, 2e série, p. 97 et suiv.)

Déviation du pied, à la suite de l'amputation de Lisfranc. (T. II, 2e série, p. 101.)

Torticolis intermittent, ou *spasme fonctionnel du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche,* traité avec succès par les courants électriques continus, appliqués pendant 288 heures et suspendus pendant le jour seulement. (T. II, 2e série, p. 234, 420 et suiv.)

Sphacèle du moignon. — Conditions dans lesquelles il se manifeste. (T. II, 2e série, p. 304.)

Opération de palatoplastie. Difficultés de l'opération. Hémorrhagies abondantes auxquelles elle donne lieu; moyen d'y remédier. Recherches sur la distance qui sépare les deux artères palatines l'une de l'autre. (T. II, 2e série, p. 459 et suiv.)

Rhinoplastie. Les opérations de rhinoplastie pratiquées à la suite de coups de feu qui ont détruit le squelette du nez ne réussissent pas ou n'ont d'autre résultat que de rendre les opérés plus laids. Observations à ce sujet. Il n'est pas démontré jusqu'ici que le périoste compris dans

les lambeaux puisse reconstituer un squelette osseux qui s'oppose à l'affaissement du nez restauré. (Séance du 12 février 1862).

Ablation des deux tiers du corps du maxillaire inférieur. — Kyste alvéolo-dentaire simulant un cancer de l'os. Rétraction de la langue vers le pharynx pendant l'opération. Discussion à ce sujet. (Séance du 20 mars 1862.)

Inconvénients du perchlorure de fer, appliqué comme hémostatique dans les opérations de staphylorrhaphie. Il provoque la gangrène des lambeaux. Observation et opération. (Séance du 20 août 1863.)

Résection totale de la malléole externe atteinte de cancer enkysté. — Malgré le résultat satisfaisant obtenu, l'auteur pense que cette opération est tellement grave qu'il se demande si l'amputation n'expose pas à moins de danger.

Il exprime la même opinion à propos de la résection du poignet qu'il a pratiquée sans résultat manifestement utile pour le malade. (Séance du 29 octobre 1862.)

Ablation du maxillaire inférieur. — Appareil prothétique destiné à remplacer l'os enlevé, à rétablir et à maintenir les rapports de l'arcade dentaire inférieure et de l'arcade dentaire supérieure, au moyen d'un point d'appui pris en dedans de la branche montante respectée du maxillaire; avantages de conserver la branche montante dans cette circonstance. Appareil appliqué sur la voûte palatine pour empêcher son rétrécissement antéro-postérieur, et le renversement des dents en dedans. (Séance du 28 janvier 1863.)

Déformation de la voûte palatine et déviation des dents, à la suite d'ablations du maxillaire inférieur par les coups de feu ou par les gros projectiles. Observations à l'appui démontrant l'utilité des appareils prothétiques pour empêcher la production de ce phénomène. (Séance du 4 février 1863).

20. *Traité de chirurgie d'armée*, in-8° de plus de 900 pages, avec 130 figures intercalées dans le texte. — Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage paraîtra dans le courant du mois d'avril.

Avril 1863.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.